:: AUS DER UNIVERSITÄTS-FRAUEN-KLINIK HALLE a. S. ::
DIREKTOR: PROF. DR. SELLHEIM.

Zur Frage der hämatogenen Puerperalinfektion.

(Auszug aus der Arbeit).

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

einer

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

Ernst Spahn

Medizinalpraktikant an der Universitätsklinik zu Halle a. S.

1922

Zur Frage der hämatogenen Puerperalinfektion.

Neben dem allgemein anerkannten exogenen Infektionsmodus der puerperalen Infektion und der umstrittenen Theorie Ahlfelds der Selbstinfektion schenkt man mit Recht der hämatogenen Infektion in letzter Zeit mehr Beachtung. v. Herffs Ansicht: die hämatogene Infektion sei zu selten, als daß sie praktisch ins Gewicht falle, ist unrichtig, und v. Rosthorns Mahnung, der hämatogenen Infektion mehr Beachtung zu schenken, ist nicht unverhallt geblieben, wie die immer mehr sich häufenden Fälle in der Literatur beweisen.

Fälle metastatischer Infektion wurden besonders nach Angina, Diphtherie, Pneumonie, Mastitis, Otitis, Panaritien und Gelenkrheumatismus angegeben.

Aus den Krankenblättern der Halleschen Univers. Frauenklinik aus den Jahren 1914-1916 kann ich 6 Puerperalfieberfälle anführen, welche nach den dafür heranzuziehenden maßgebenden Faktoren und Gesichtspunkten mit aller Wahrscheinlichkeit als hämatogen entstanden anzusehen sind. Ich nahm zur Zusammenstellung nur solche Fälle, die tödlich verlaufen sind, um zur Sicherstellung der Diagnose den Sektionsbericht verwerten zu können. Unter diesen Fällen finden sich 2 durch Angina, je einer durch Pneumonie, geschwürige Colitis, Tuberkulose und Erysipel entstandene Puerperalfiebererkrankungen.

Fall 1: 2 Tage nach Spontangeburt erkrankt Patient an Angina. Temp. 40. Folgende Pneumonie mit kontinuierl. Fieber. Am 8. Tage p. p. Exitus. Im Blut Pneumokokken.

Sektionsber.: Peritonitis, Pleuritis, allgemeine Sepsis. Sehr schlecht kontrahierter puerp. Uterus. Im Austrich Streptokokken.

Fall 2: Vom 2. Tage ab nach Spontangeburt Fieber, Brustschmerzen, Durchfälle. Am 13. Tage p. p. Aufnahme in die Klinik mit Pneumonie und Puerperalsepsis. Bakt. Untersuchung des Blutes und der Vaginalkeime ergeben identische Kokken.

Sektionsber.: Pneumonie. Thrombophlebitis der Venen im Parametrium und paravaginalem Gewebe. Thrombose beider Vv. iliacae. Gereinigtes Endometrium.

Fall 3: Nach Spontangeburt am 7. Tage Durchfälle, eitrige Colitis mit anschließender schwerer Sepsis. Blut: in anaeroben Platten hämol. Streptokokken, die sich als identisch mit denen im Sputum und den Geschwüren erweisen. 4 Wochen p. p. Exitus.

Sektionsber.: Eiterung der Plazentarstelle, Thrombose der Uterina und Spermatica, v. renalis, in die v. cava inf. übergreifend, u. a. Tonsillarabscess, Pyelitis, geschwürige Colitis in Ausheilung.

Fall 4: Pat. wird 1 Monat vor der Entbindung in die Kehlkopfklinik mit der sicheren Diagnose Lungentuberkulose aufgenommen. 5 Tage vor der Entbindung kontin. Fieber in der Höhe von 38,8. Geburt: Wendung und Extraktion des Kindes ohne Narkose. Cervixinzision und Naht. 3 Tage p. p. Exitus.

Sektionsber.: Alte Lungentbc., Kehlkopftbc., Tbc. des Darmes; puerperaler Uterus mit umschriebener Endometritis (tbc?) Infektiöser Milztumor.

Fall 5: Hausschwangere mit Angina kommt spontan nieder. Einmal unter der Geburt mit sterilen Gummihandschuhen untersucht. 2 Tage p. p. Exitus. Rachenabstrich: Streptokokken, desgl. im Blut aerobe und anaerobe.

Sektionsber.: Sepsis in puerperio. Peritonitis streptococcica.

Fall 6: Frau mit Erysipel kommt spontan nieder. 3 Tage p. p. Exitus.

Sektionsber.: Phlegmone des l. Oberschenkels. Uterus puerperalis sept. Peritonitis. Pleuritis.

Blut aerob und anaerob steril.

2 Fälle sind zwar einmal innerlich untersucht, es ist bei ihnen ein operativer Eingriff gemacht worden, die übrigen sind Spontangeburten ohne vorherige Untersuchung. Der Verlauf der Erkrankung und die Sektionsberichte machen jedoch einen ev. Einwurf der exogenen Infektion bei ersteren zunichte. Die bakt. Untersuchung des Blutes und der Keime der Primärherde ergaben z. T. identische Keime.

Die hämatogene Infektion ist also nicht so selten, wie man früher angenommen hat, und die Diagnose kann mit Sicherheit schon intra vitam gestellt werden, wenn nicht anders, dann per exclusionem. Läßt sich exogene Infektion ausschließen, dann suche man den Gesamtorganismus nach Eingangspforten für Infektionserreger, frischen und alten Primärherden systematisch ab.

Durch Anlegen von Blutkulturen auf verschiedene Keime mit Berücksichtigung der anaeroben stütze man die Diagnose. Nach Möglichkeit identifiziere man die Keime mit denen des Primärherdes. Kontinuierliches Fieber findet sich meist bei solchen hämatogenen Fällen und kann unterstützend für die Diagnose sein. Starke und schnelle Hämolyse der Keime ist prognostisch ungünstig. Genaue Sektion aller Körperorgane ist von forensischer Bedeutung, bes. bei Grenzfällen, d. h. solchen, wo sich mehrere Infektionsmöglichkeiten berühren, exogene, Selkstinfektion und hämatogene.

Therapeutisch kommt bei hämatogenen Infektionen Bekämpfung der Keime im Primärherd und der Lokaltherapie vor allem die Desinfektion des Blutes in Betracht, am besten durch die Silbertherapie. Uterusexstirpation ist zu widerraten, da ein Erfolg nicht zu erwarten. Prophylaktisch sind alle Infektionsmöglichkeiten von Graviden und Wöchnerinnen fernzuhalten. Man denke stets daran, daß eine an sich wenig gefährliche Erkrankung in puerperio zu einer äußerst lebensbedrohlichen werden kann. Besonders gefährdet sind solche Pat. mit schlechter Rückbildung des Genitaltraktus.

▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪